



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos hacia los cuidados paliativos”

Diandra Fernández González

Mayo, 2024

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos hacia los cuidados paliativos”

Trabajo Fin De Máster

Diandra Fernández González

Autora

Sara Franco Correia

Tutora



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

SARA FRANCO CORREIA, Doctora por la Universidad de Oviedo, Área de Enfermería y Departamento de Medicina, Profesora del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo,

CERTIFICA

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. DIANDRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, titulado “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HACIA LOS CUIDADOS PALIATIVOS”, realizado bajo mi dirección, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firma la presente certificación en Oviedo a 30 de abril de 2024.

Vº Bº

Fdo. SARA FRANCO CORREIA

Tutora del Proyecto

RESUMEN

Introducción: Este trabajo de investigación surge de la necesidad de descubrir el nivel de conocimientos y actitudes que presentan los profesionales enfermeros que ejercen su labor asistencial en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En estas unidades, la mortalidad es elevada y los pacientes y sus familias suelen experimentar sentimientos negativos que carecen de un afrontamiento efectivo mediante una atención emocional o espiritual. Por ello, se hace necesario promover un enfoque paliativo en estas unidades. Los cuidados paliativos (CP) y los cuidados intensivos no son excluyentes, sino complementarios y, debido a la relación de proximidad que guardan los enfermeros con los pacientes y sus familias, son considerados una figura fundamental en la prestación de una atención paliativa integral. Sin embargo, la variabilidad en los conocimientos y actitudes de estos puede afectar negativamente a la calidad de dicha atención.

Objetivo: Determinar el grado de conocimientos y presencia de actitudes de los profesionales de enfermería que trabajan en la UCI del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Metodología: Se llevará a cabo un estudio de tipo descriptivo observacional transversal, desarrollado en las UCIs del HUCA, durante los meses de mayo a septiembre de 2024. Se emplearán los instrumentos “Palliative Care Quiz For Nursing (PCQN)” y la “Escala Frommel Attitude Care of the Dying (FATCOD)”, en sus versiones validadas al castellano, aplicados a la población diana del estudio que son las enfermeras laboralmente activas que ejerzan su actividad profesional en alguna de las seis UCIs del HUCA.

Palabras clave: cuidados paliativos, Unidad de Cuidados Intensivos, enfermería, conocimiento, actitud.

ABSTRACT

Introduction: This research work arises from the need to discover the level of knowledge and attitudes presented by nursing professionals exercising their care work in an Intensive Care Unit (ICU). In these units, mortality is high and patients and their families often experience negative feelings that lack effective coping through emotional or spiritual care. It is therefore necessary to promote a palliative approach in these units. Palliative care and intensive care are not mutually exclusive but complementary and, because of the close relationship nurses have with patients and their families, they are considered a key figure in the provision of comprehensive palliative care. However, the variability in the knowledge and attitudes of nurses can negatively affect the quality of palliative care. **Aim:** To determine the degree of knowledge and presence of attitudes of nursing professionals working in the ICU of the Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). **Methods:** A cross-sectional descriptive observational study will be carried out in the ICUs of the HUCA from May to September 2024. The instruments "Palliative Care Quiz For Nursing (PCQN)" and the "Frommel Attitude Care of the Dying Scale (FATCOD)" will be used, in their validated versions in Spanish, applied to the target population of the study, which are nurses working in any of the six ICUs of the HUCA.

Key words: palliative care, Intensive Care Unit, nursing, knowledge, attitude.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	ESTADO ACTUAL DEL TEMA	7
2.1.	Unidad de Cuidados Intensivos	7
2.2.	Definición y evolución de los Cuidados Paliativos en Unidades de Cuidados Intensivos	9
2.3.	Necesidades paliativas de los pacientes y sus familias en la UCI	13
2.4.	Marco legal actual de los Cuidados Paliativos en España.....	18
2.5.	Situación actual de los Cuidados Paliativos en el Principado de Asturias	20
2.6.	Nivel formativo sobre Cuidados Paliativos de las enfermeras de UCI	25
3.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	29
3.1.	Pregunta de Investigación	29
3.2.	Hipótesis	29
3.3.	Objetivos	29
4.	METODOLOGÍA.....	31
4.1.	Tipo de estudio.....	31
4.2.	Lugar y tiempo de estudio	31
4.3.	Población de estudio.....	31
4.3.1.	Población diana	31
4.3.2.	Población elegible o de estudio	31
4.4.	Variables de estudio.....	32
4.5.	Instrumentos	33
4.6.	Procedimiento de recogida de datos.....	36
4.7.	Análisis de datos	37
4.8.	Aspectos éticos y legales.....	37
4.9.	Limitaciones o sesgos.....	38
5.	CRONOGRAMA	40
6.	PRESUPUESTO.....	41
7.	BIBLIOGRAFÍA	42
8.	ANEXOS	46

1. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área hospitalaria polivalente en la que predominan los cuidados altamente especializados dirigidos a pacientes en situación crítica, los cuales presentan un alto riesgo de complicaciones y riesgo vital. La especialización de las técnicas y de los instrumentos utilizados en estas áreas requieren de una alta capacitación por parte del equipo multidisciplinar involucrado en el cuidado de estos pacientes, prevaleciendo un modelo de atención curativo, con el fin de preservar la vida de los enfermos en estado crítico ⁽¹⁾.

Pese a la constante evolución de las técnicas y conocimientos aplicados en el cuidado del paciente crítico, la muerte sigue siendo un evento frecuente en estas unidades. Se estima que, las tasas de mortalidad en las UCIs se encuentran en torno al 20% ⁽¹⁾, por lo que el proceso de morir es considerado una realidad prevalente y consecuente de estas unidades hospitalarias. Debido a lo anterior, las áreas de críticos son asociadas, cultural y socialmente, a un estado de sufrimiento, miedo e incertidumbre padecido por los pacientes y sus seres queridos ⁽²⁾. Como consecuencia de la propia patología sufrida por el paciente, de las técnicas y de los cuidados invasivos aplicados para su recuperación, es prevalente la existencia de un control inadecuado de signos y síntomas como el dolor, la depresión respiratoria, los niveles inadecuados de sedación, la soledad y la depresión^(2,3).

El enfoque curativo y la ausencia de un adecuado conocimiento sobre un planteamiento paliativo son frecuentes en estas unidades. Los profesionales de enfermería, junto con el resto del equipo multidisciplinario, tienden a la tecnificación de los cuidados y procedimientos aplicados, centrándose en la resolución de las complicaciones y compromisos vitales del enfermo con cuidados puramente físicos y fisiológicos. En situaciones en las que estas acciones pueden suponer una extensión de la agonía y del proceso de morir, esto puede resultar en un control inadecuado de las necesidades emocionales, espirituales y comunicativas de los pacientes y sus familias en las

situaciones de final de vida, dejando de lado la humanización del cuidado y promoviendo un posible encarnizamiento terapéutico ⁽³⁾.

Ante la presencia de situaciones en las que una perspectiva curativa no logra suplir las necesidades existentes del paciente y su familia, se hace necesario suscitar una visión paliativa del cuidado, promoviendo una adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) que permita la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente ⁽⁴⁾. Sociedades como la “*Society of Critical Care Medicine*”, “*The American College of Critical Care Medicine*” y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEICUC) pretenden fomentar una instauración temprana de la atención paliativa en las UCIs ⁽¹⁾. Sin embargo, la aplicación de esta visión del cuidado puede ser de gran complejidad en estas unidades. Esto se debe a la posible variabilidad existente en el grado de conocimientos e implicación por parte de los profesionales de enfermería con respecto a los cuidados paliativos (CP) y su actitud y capacidad de afrontamiento al proceso de final de vida ⁽⁴⁾.

Los CP son un conjunto de intervenciones interdisciplinarias dirigidas a brindar una asistencia integral a aquellos pacientes en los que el tratamiento curativo no es resolutorio. Involucran al paciente, la familia y su entorno y tienen como objetivo lograr la mejor calidad de vida mediante la adecuación de medidas terapéuticas que preserven y respeten la dignidad del paciente que se encuentre en el proceso de final de su vida ⁽⁵⁾. Se estima que, alrededor de un 15% de los pacientes ingresados en estas unidades podrían beneficiarse de una atención paliativa, pero solo entre el 2% y el 10% de estos pacientes la reciben. Los CP y los cuidados intensivos son complementarios y, por tanto, no son disciplinas excluyentes, por lo que deberían de adoptar una mayor presencia en el quehacer diario en las áreas de atención intensiva ^(6,7).

Los profesionales de enfermería de las UCIs mantienen una relación estrecha y continuada con el paciente y su familia, acompañándolos en toda la evolución de su proceso de enfermedad, por lo que deben ser considerados como el eje central de la prestación de una atención paliativa integral.

La falta de formación y confianza suficientes en la proporción de estos cuidados por parte de las enfermeras supone una disminución en la calidad de vida y atención de los pacientes críticos y su entorno ⁽¹⁾. En este sentido, se deben implementar intervenciones de cambio dirigidas a la mejora de la atención al final de la vida en las que se tenga en cuenta el nivel de formación establecido, las perspectivas y las actitudes de los profesionales respecto a su práctica diaria ^(1,8).

2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. Unidad de Cuidados Intensivos

El origen del cuidado crítico o intensivo es difícil de determinar, sin embargo, se puede estimar su nacimiento en la década de 1850, ante la necesidad de crear espacios especializados destinados a la atención urgente en el contexto bélico. La precursora de la creación de la UCI es Florence Nightingale, la cual, durante la guerra de Crimea (1854-1856), determinó zonas asistenciales próximas a las áreas de enfermería con el fin de prestar atención a los soldados críticamente lesionados o con necesidades quirúrgicas. Posteriormente, durante la década de los años 20, estas unidades se restablecieron, creándose la primera UCI en 1923. Fue creada por Walter Dandy, disponiendo de tres camas destinadas al cuidado postoperatorio del paciente neuroquirúrgico. La primera UCI en el mundo, según la concepción moderna, fue creada en 1953 en Copenhague por Björn Ibsen, como respuesta a la epidemia de poliomielitis que afectó a Dinamarca y Reino Unido. Al igual que en la actualidad, el objetivo de estas unidades era la proporción de cuidados intensivos y especializados a pacientes críticamente enfermos o lesionados ⁽⁹⁾.

Actualmente, la UCI es definida como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple con unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico” ⁽¹⁰⁾. En 2005, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), identificaba que, aproximadamente un 4% de las camas en funcionamiento de los hospitales nacionales de agudos estaban destinadas y localizadas en las UCIs. Estas unidades

disponen de una localización determinada, que facilita la comunicación y funcionalidad con otros servicios del hospital, posibilitando una atención urgente coordinada y continuada. Su estructura debe dar respuesta a las necesidades físicas y psicosociales del paciente crítico, favoreciendo el desarrollo de las técnicas especializadas y el uso eficaz de los recursos tecnológicos que caracterizan a estas unidades, además de velar por el mantenimiento de la intimidad y dignidad y facilitar el acompañamiento familiar ⁽¹¹⁾.

El cuidado del paciente hospitalizado en una UCI está basado en la complejidad diagnóstica y terapéutica consecuente de la multimorbilidad existente, con un fin principalmente curativo. Esto hace que la prestación de un cuidado holístico se relegue a un plano secundario y la muerte sea considerada como un fracaso y no como un proceso natural ⁽¹¹⁾. A estas unidades se le atribuye un índice de mortalidad de entorno al 20% ^(1,10). Este elevado porcentaje puede acusarse, mayoritariamente, a la edad avanzada de los pacientes y a la presencia de una pluripatología crónica preexistente y prevalente en la población general. Como consecuencia de lo anterior y del incremento de la esperanza de vida, el crecimiento de las tasas de fallecimiento en estas unidades puede ser exponencial en un futuro. Ante el proceso de final de vida, las UCI se asocian a la presencia de dolor y sufrimiento, tanto en el paciente como en sus seres queridos. Esta relación es acentuada por el empleo de tecnologías avanzadas del cuidado, la limitada comunicación profesional-paciente-familiar, la gravedad de los procesos de enfermedad y, especialmente, la probabilidad real de fallecimiento ⁽¹¹⁾.

El papel de la bioética cobra un papel importante en la aplicación o limitación de los cuidados intensivos prestados a los pacientes durante el proceso de hospitalización del paciente crítico. Este está caracterizado por la exposición a elementos estresantes y amenazantes que afectan a las esferas físicas, psicológicas y espirituales del paciente y su familia, como la integridad corporal, incertidumbre, dolor, dependencia, separación social y pérdida de capacidad de adaptación,

conduciendo consecuentemente a un declive funcional del enfermo y a la promoción indirecta de la distanasia ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Los profesionales de enfermería desempeñan competencias y funciones relevantes para dar respuesta a las necesidades del paciente crítico en la UCI. Se estima que, de estas necesidades, un 28% surgen en la esfera física (dolor, ventilación mecánica y sedación), un 14% son relacionadas con el ámbito ambiental (organización estructural, privacidad, ventilación artificial, luz natural, etc.), otro 14% con el contexto social (visitas de familiares, aislamiento, información y comunicación) y un 54% se corresponden con las necesidades surgidas en las esferas psicológicas y espirituales (ansiedad, incertidumbre, miedo, confusión, pérdida de la autonomía y de la dignidad) siendo estas las que mayor trascendencia adquieren en el ámbito intensivo. Por todo ello, las habilidades, conocimientos y competencias enfermeras deben dar respuesta a estas necesidades, promoviendo la reducción o supresión de los factores estresantes y el apoyo espiritual y familiar y favoreciendo el proceso curativo o el alivio del sufrimiento durante el proceso de final de vida ⁽¹²⁾.

2.2. Definición y evolución de los Cuidados Paliativos en Unidades de Cuidados Intensivos

A finales de la década de los años 20, los “cuidados críticos” comprendían principalmente la aplicación de cuidados que podrían considerarse como “paliativos” en la actualidad. Esto era debido a que, como consecuencia de la ausencia de fármacos relevantes en esos tiempos, el mínimo conocimiento de las técnicas de reanimación y la ausencia del apoyo y mantenimiento actual de los órganos vitales, enfermedades de gravedad moderada se convertían en enfermedades críticas, donde el alivio de los síntomas era el objetivo principal del tratamiento crítico. La primera definición de CP se estableció en el año 1974 por el Dr. Balfour Mount. Desde este punto, se inicia la discusión e implantación de los CP dentro del ámbito de los cuidados intensivos, existiendo un cambio

relevante en las actividades paliativas y al final de la vida en la UCI en los últimos 20 años del siglo XX ⁽⁷⁾.

Inicialmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió, en 1990, los CP como “el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial” ⁽¹⁴⁾. Posteriormente, en 2002, modificó y amplió dicha definición, entendiendo a los CP como un derecho humano básico y un componente esencial de la atención integral que “mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales” ^(14,15).

Dentro de su definición se incluyen los siguientes principios fundamentales ⁽¹⁴⁾:

- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

El Informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (periodo 2015-2020)⁽¹⁶⁾ redacta los siguientes supuestos para definir al paciente enfermo susceptible de la recepción de CP: enfermedad incurable, avanzada y progresiva, pronóstico de vida limitado, escasa probabilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, intenso impacto emocional y familiar, repercusiones sobre la estructura cuidadora y, finalmente, alta demanda y uso de recursos. Las características anteriores pueden definir la situación y evolución del paciente crítico, por lo que la introducción temprana de una atención paliativa puede otorgar beneficios en su proceso de enfermedad y en el afrontamiento familiar.

En España, durante la década de los años 2000, la integración de los CP en las UCIs se convirtió en una práctica relevante y crecientemente común. Aparecieron de manera progresiva equipos y figuras especializadas en la prestación de atención paliativa en el entorno de los cuidados críticos e intensivos, abarcando temas que van desde el manejo de la sintomatología hasta la resolución de dilemas éticos del proceso de muerte y AET⁽⁷⁾. De esta manera, la “Intensive Care Medicine” publicó en 2017 los 10 puntos clave que se deben cumplir en la atención paliativa en la UCI. Entre estos puntos, se destaca la relevancia de este tipo de cuidado en todos y cada uno de los pacientes críticamente enfermos, los cuales han de ser prestados de manera obligatoria por el equipo multidisciplinario de las áreas críticas hospitalarias. Indica que, a pesar de permitir la muerte natural, se debe establecer un control del dolor, la disnea, el miedo o la ansiedad, manteniendo hasta el último momento las medidas de confort necesarias. Expresa el gran impacto emocional y

psicológico que estas situaciones producen en los pacientes, sus familiares e incluso en los profesionales encargados de su cuidado. Finalmente, señala a las enfermeras como la piedra angular del CP en la UCI, siendo las encargadas de mantener una comunicación y relación continuada con el paciente y sus allegados. La implementación de una atención paliativa de calidad se ha relacionado con mejores resultados en la supervivencia y en la toma de decisiones con respecto al proceso de final de vida, además de suponer una reducción significativa de la estancia de los pacientes en estas unidades y un incremento de la satisfacción en los pacientes y sus familias⁽¹⁷⁾.

En el año 2018, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), en colaboración con la SEEIUC, la Sociedad Española de Medicina Paliativa (SECPAL) y el Proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos), estableció un convenio que tiene como objetivo la implementación de medidas que fomenten una atención paliativa integral en las UCIs, contraponiendo la idea comúnmente equivocada de que los CP e intensivos son antagónicos. La constante situación clínica crítica y potencialmente variable e impredecible del paciente en UCI, hace que sea fundamental la existencia de unos objetivos terapéuticos dinámicos y adaptados al proceso evolutivo de la enfermedad. Por ello, la presencia de unos cuidados con carácter exclusivamente curativo no será suficiente ante las frecuentes evoluciones desfavorables que los pacientes presentan en estas unidades, además de la asidua prevalencia de malas respuestas a los tratamientos y de fallecimientos durante la estancia en UCI. La aplicación de un modelo de cuidado coordinado y multidisciplinar, entre los cuidados críticos y los CP, basado en una atención crítica integral, favorecerá una mejor calidad asistencial en el cuidado de pacientes cuyo enfoque terapéutico, inicialmente curativo, se transforma en la prestación de unos cuidados óptimos en el proceso final de vida. En resumen, la atención al paciente críticamente enfermo debe resolver, mediante la implementación precoz de los CP, los cambios dinámicos, a menudo desfavorables,

que suceden durante el curso de la enfermedad crítica, salvaguardado la dignidad y la autonomía del paciente y su entorno ^(14,18).

2.3. Necesidades paliativas de los pacientes y sus familias en la UCI

Las diversas situaciones críticas que presentan los pacientes ingresados en las UCI se caracterizan comúnmente por la existencia de necesidades multidisciplinares que enmarcan la pluralidad patológica presentada en esta unidad, pudiendo estar presente incluso en un mismo paciente. La variabilidad de las situaciones patológicas y evolutivas presentes en estas unidades comparten una característica común que permite definir al paciente crítico: aquella persona enferma que se encuentra en un estado de vulnerabilidad y se caracteriza por la presencia de lesiones severas y agudas en situación de riesgo vital, pero con potencial capacidad de recuperación ⁽¹⁹⁾. El enfermo en estado crítico se encuentra en una situación amenazante para la vida caracterizada por la alteración de sus funciones vitales y la presencia de una debilidad física y psicológica que se acompaña de una carga sintomática severa, pudiendo desembocar en la aparición de un deterioro de la independencia funcional del paciente, temporal o permanente, que atenta contra la autonomía y dignidad de este. La presencia de trastornos cognitivos y conductuales como la ansiedad, el estrés, la depresión y procesos patológicos agudos o crónicos, contribuyen a la desaparición de las estrategias de afrontamiento, las cuales se verán agravadas, a su vez, por el malestar y la iatrogenia de las monitorizaciones y procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y agresivos realizados en estas unidades ^(19,20).

El manejo de la sintomatología presentada y la inclusión del paciente y su familia en el proceso de modificación de los objetivos asistenciales son características centrales de los CP y se presentan en mayor o menor medida, en la planificación de los cuidados intensivos. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Uruguay ⁽²¹⁾ se identificó que, solo un 26% de los pacientes ingresados en las

unidades de atención crítica presentaron, al menos, un criterio de inclusión para la activación de la asistencia paliativa, demostrando que más de la mitad de los pacientes en estado crítico carecen de una evaluación integral de sus necesidades. Atendiendo al referente modelo asistencial de Virginia Henderson, se establecen 14 componentes asistenciales o necesidades básicas que permiten llevar a cabo una evaluación integral del enfermo ^(20,22):

TABLA 1. 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON ⁽²⁰⁾

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que condice a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una medida terapéutica muy frecuente en las UCI. Los pacientes intubados presentan afectadas 12 de estas necesidades básicas anteriormente citadas. Por otro lado, otras múltiples técnicas y procedimientos diagnósticos invasivos frecuentes, como el soporte vasopresor, la nutrición artificial o la hemodiálisis, sustituyen la capacidad del paciente para suplir estas necesidades de forma autónoma debido a su situación orgánica crítica. Por todo ello, la

enfermería dedicada a la atención del paciente crítico no debe anteponer los cuidados curativos a los procesos paliativos, sino que deben integrarse en un plan terapéutico común, que fomente una atención integral y compasiva y de respuesta a las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias ⁽²⁰⁾.

Los pacientes ingresados en la UCI presentan la necesidad del alivio y control de la sintomatología, como los episodios de insuficiencia respiratoria aguda, dolor, fallos orgánicos cardiacos, renales o hepáticos y alteraciones metabólicas severas mediante la implantación de terapias de sustitución renal (hemodiálisis) y otras terapias invasivas que sustituyan y mantengan un correcto funcionamiento orgánico (VMI, balón de contrapulsación, drenaje ventricular, oxigenación por membrana extracorpórea...) ⁽²⁰⁾. Se estima que la mitad de los pacientes fallecidos en UCI soportan dolor moderado a severo, por ello, la sedación paliativa cobra relativa relevancia. Es una medida de manejo sintomático utilizada como terapia única que palia la sintomatología refractaria al tratamiento curativo y que requieren de una disminución del nivel de conciencia que asegure un alivio efectivo mediante el ajuste de la dosis requerida para dar respuesta a las necesidades sintomáticas ^(19,21).

En estas unidades, la aplicación de los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en gran medida agresivos e invasivos, requieren de la identificación precoz de los valores y preferencias del paciente. Mediante la visión paliativa, la implementación de un documento de instrucciones previas y decisiones anticipadas puede dar respuesta a la necesidad de confort del paciente ingresado gracias al establecimiento precoz de los deseos y decisiones a cerca del tratamiento futuro, en función del proceso evolutivo de la enfermedad crítica. El confort es un concepto multidimensional y holístico que se encuentra bajo la influencia del contexto físico, psicoespiritual y ambiental. De esta manera, y mediante la implementación de la herramienta paliativa de instrucciones previas,

se favorece la toma de decisiones difíciles surgidas durante el proceso de atención, promoviendo un alivio psicológico de pacientes y familiares y evitando la futilidad terapéutica ^(23,24).

La información y comunicación es una necesidad prevalente en el cuidado del paciente, pero se hace más relevante en la atención del proceso de enfermedad del paciente crítico al presentar una mayor situación de incertidumbre, desconocimiento, vulnerabilidad y riesgo vital potencial. La UCI puede suponer una ruptura en la dinámica familiar generadora de estrés, ansiedad, angustia y tener, en consecuencia, una alteración de los roles desempeñados en el grupo familiar debido a la situación de amenaza de muerte y duelo y la presencia de sentimientos de ambivalencia, angustia y sufrimiento. La información promueve un cuidado integral, humanizado y continuado. El proceso de información y comunicación profesional-paciente-familia ayuda a aceptar el pronóstico y la evolución de la situación crítica y debe estar presente en todas las etapas de la enfermedad, tanto en el proceso de admisión en UCI como en el proceso de hospitalización y su desenlace ^(23,25).

El paciente crítico se encuentra envuelto en un ambiente hostil y desconocido, con la presencia de múltiples equipos y tecnologías que pueden evocar en una sensación de inseguridad. Por lo tanto, se ha identificado la necesidad de seguridad del paciente ingresado en UCI y su familia. La seguridad del paciente puede ser definida como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científica, que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso relacionado con la atención en salud o mitigar sus consecuencias”. Es importante dar a conocer a pacientes y familiares las distintas ubicaciones que conforman la unidad, además del conocimiento del funcionamiento de los equipos y sus alarmas. Cobra relevancia la identificación, por parte de la familia, de los distintos tipos de procesos diagnósticos y terapéuticos a los que es sometido su ser querido y la finalidad y objetivo de estos. La suplencia de esta necesidad permite, tanto al paciente como a su familia, encontrar apoyo y estabilidad dentro

de la unidad, percibiendo una protección frente a los peligros ambientales que permita mitigar la ansiedad y el miedo percibido ante la atención crítica del paciente enfermo ⁽²³⁾.

Finalmente, se han identificado la proximidad y el apoyo como unas de las principales necesidades del paciente y su familia en las unidades de atención críticas. La permisión del acceso libre de la familia al entorno del paciente favorece el acompañamiento físico y mitiga la soledad, frecuentemente sentida por los pacientes ingresados en estas unidades. El acercamiento del paciente y su familia suple, en gran medida, las necesidades psicosociales y espirituales de ambas partes, ya que permite a los seres queridos llevar a cabo un monitoreo continuo de la situación y evolución patológica, una orientación emocional y una práctica espiritual, además de promover el desarrollo de una relación de confianza entre paciente, familiares y profesionales responsables de la atención multidisciplinar ⁽²³⁾.

Los cuidados e intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería de la UCI han de dar respuesta a las necesidades surgidas a lo largo de su estancia, teniendo como núcleo de la intervención al paciente y sus tres zonas de dependencia: conocimientos (saber qué hacer y cómo), voluntad (querer hacerlo) y fuerza (poder). Para ello se requieren buenas habilidades y competencias en la comunicación que favorezcan una adecuada relación paciente-familia-equipo multidisciplinar. Además, el cuidado integral ha de ser desarrollado teniendo en cuenta las preferencias y voluntades del paciente y favoreciendo, en un segundo plano, el cuidado de su familia mediante la información adaptada, el acompañamiento continuado y la prestación de un apoyo psicológico y espiritual individualizado. Con la aplicación de las anteriores medidas se puede identificar una disminución de la ansiedad, miedo e incertidumbre, tanto de pacientes como de familiares, objetivándose una mayor satisfacción por la atención integral recibida ⁽¹⁹⁾.

2.4. Marco legal actual de los Cuidados Paliativos en España

La prestación sanitaria dirigida a los pacientes en fases crónicas y terminales de su enfermedad es un derecho internacionalmente reconocido por los organismos responsables y una atención sanitaria descrita en el ámbito de la legislatura española ⁽¹⁴⁾. Sin embargo, pese a existir leyes autonómicas reguladoras de la prestación de dichos cuidados, en el momento actual no existe ninguna ley ni norma estatal que reglamente la prestación de esta atención. Hasta el momento, la ordenación de los CP ha sido descrita en los informes elaborados por la OMS, en las resoluciones del Consejo de Europa y su consecuente influencia a nivel nacional y, finalmente, definida como una prestación fundamental en la “Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” y en la cartera de servicios de este sistema ^(14,26).

En el año 2005, se aprobó la propuesta no de ley (PNL), por parte de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, que instaba a la evaluación gubernamental de la situación nacional de los CP mediante la aplicación de las “Bases para su desarrollo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos” y a la creación de entidades autonómicas dirigidas a la prestación de estos. Durante este mismo periodo, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad asumió la competencia para la elaboración de la Estrategia de Cuidados Paliativos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, aprobándose y publicándose finalmente en el 2007 con el fin de asegurar un acceso equitativo y un aumento de la visibilidad de estos cuidados dentro del marco sanitario español ⁽¹⁴⁾. Sin embargo y, como se ha mencionado con anterioridad, aún en la actualidad se carece de una ley o norma estatal que regule los CP a nivel nacional pese a existir reglamentaciones autonómicas sobre las denominadas “leyes de muerte digna” y sobre la atención al final de la vida ⁽²⁶⁾.

Desde el año 2020, se pretende diligenciar dentro de las Cortes Generales dos proposiciones de ley sobre la regulación de los CP. La primera iniciativa (122/000051) ha sido la “Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas ante el proceso final de su vida” propuesta por

el Grupo Parlamentario Ciudadanos. La segunda proposición (122/000037), denominada “Proposición de Ley relativa a los derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida”, ha sido redactada por el Grupo Parlamentario Popular. El Grupo Parlamentario Socialista también realizó un intento de propuesta de ley dentro de este ámbito sanitario, sin lograr finalmente la tramitación de esta ⁽²⁶⁾.

Cabe señalar la destacada similitud de todas estas proposiciones en relación con sus aspectos y contenidos. Dichas proposiciones son coincidentes en el manifiesto de que “el ordenamiento jurídico debe procurar que todas las personas disfruten de una vida digna, también debe asegurar que todas tengan derecho a una muerte digna” teniendo, en consecuencia, que legislar “los derechos y garantías que aseguren la aspiración de morir dignamente con los significados que ello conlleva, pudiendo rechazarse los tratamientos que no se desean, según los deseos íntimos previamente expresados en un testamento vital, en la intimidad personal y familiar, con el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual posible” ⁽²⁷⁾.

Estas tres proposiciones de ley, iniciadas en 2020, manifiestan unos objetivos análogos y concordantes con las disposiciones establecidas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ^(26–29):

- Regulación de los derechos de las personas que se encuentran en situación de final de su vida.
- Identificación y definición de los deberes del personal sanitario responsable de la prestación de la atención paliativa y cuidados al final de la vida.
- Establecimiento de las garantías que las Administraciones competentes, los centros e instituciones sanitarias y sociales han de proporcionar para la efectividad de tales derechos a las personas que se encuentren en situación de necesidad paliativa.

- Proporcionar apoyo informativo al personal sanitario competente y prestar las herramientas necesarias para afrontar de manera efectiva la situación compleja y dolorosa que supone el proceso de final de vida.
- Dar respuesta legal a los conflictos y dilemas éticos surgidos durante la prestación de esta atención.

La definición de estas propuestas de leyes señala que, a diferencia de la reciente Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, el establecimiento de CP prefiere realizar un uso adecuado de los recursos disponibles con el fin de obtener una prolongación de la vida. Se subraya la importancia de llevar a cabo un esfuerzo terapéutico razonable que preserve la dignidad del paciente en el proceso de final de vida, en contraposición con la obstinación terapéutica, que solo conduce a una prolongación innecesaria del sufrimiento del enfermo y su familia. En ambos casos, la extensión de la vida del paciente no debe suponer un valor superior al derecho de este a disponer de sus últimos días según sus convicciones y creencias personales ⁽²⁶⁾.

2.5. Situación actual de los Cuidados Paliativos en el Principado de Asturias

En el año 2018, se publicó en el Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA) la Ley 5/2018, de 22 de junio sobre los derechos y las garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de vida ^(5,30), la cual se basa en el envejecimiento progresivo de la población, el incremento de la esperanza de vida, la dignidad de las personas, la atención sanitaria integral individualizada y la humanización del cuidado mediante la prestación de apoyo y confort, no solo a pacientes, sino también a sus familiares y cuidadores, independientemente del contexto espacial en el que se brinden estos cuidados. A su vez, esta ley favorece una estabilidad legal y protección jurídica para los profesionales sanitarios responsables de la prestación de la atención, permitiendo así el cumplimiento de acciones y decisiones que velen por los deseos de las personas en el proceso final

de vida, según lo establecido en el Título III, Artículo 26, y Título I, Artículo 13, garantizando una atención profesional y una prestación de CP a una persona al final de su vida ^(30,31).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) ⁽³²⁾, el Principado de Asturias, en el año 2023, es la Comunidad Autónoma con el mayor porcentaje de personas mayores de 65 años (27,55%), además de poseer el mayor índice de envejecimiento nacional (249,23%). Se refleja entonces una población decreciente progresiva y un alto índice de envejecimiento gradual, en comparación con datos demográficos previos. Consecuentemente, la prevalencia de multimorbilidad y población polimedicalizada es directamente proporcional, existiendo un crecimiento progresivo de enfermedades crónicas que conducen a situaciones de dependencia paulatina y, finalmente, a un mayor consumo de los servicios sanitarios. Esta cronicidad progresiva y compleja con potenciales necesidades paliativas se denomina “Enfermedad Crónica Avanzada”, abandonándose el término de “Enfermedad Terminal”, dado que, en este contexto, se hace necesaria la incorporación gradual de cuidados sintomáticos paliativos que coexistan con un tratamiento curativo inicial, incrementándose las necesidades de confort y disminuyéndose las curativas a medida que la enfermedad avanza y se alcanza el proceso final de vida. En Asturias se ha establecido el programa “NECPAL 4.0 PRONÓSTICO” como instrumento para la identificación y realización de un cribado poblacional de pacientes con necesidades de atención paliativa, el cual tiene como objetivo establecer un diagnóstico de las primeras necesidades y favorecer una prestación de una atención paliativa precoz, integral e integrada. Esta situación de Enfermedad Crónica Avanzada afecta, aproximadamente en el Principado de Asturias, al 1-1,5% de la población, de los cuales aproximadamente un 40% de estos pacientes presenten necesidades paliativas, convirtiéndolos en subsidiarios de recibir unos CP personalizados y proporcionados por los equipos específicos de CP más oportunos ⁽³¹⁾.

Se ha producido, entonces, un cambio en la prestación de los CP, en el que se favorece que un paciente con enfermedad crónica avanzada, con independencia de la proximidad del proceso de final de vida, sea respaldado por la prestación de una atención paliativa en un grado variable e individualizado, adaptado al momento evolutivo de la enfermedad. Por ello, los cuidados destinados al confort e implementación de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica avanzada y/o en el proceso de final de vida requieren de la inclusión de unos conocimientos actualizados que favorezcan la implementación de los siguientes servicios generales proporcionados por los equipos de CP ⁽³¹⁾:

- Control de la sintomatología mediante el reconocimiento, evaluación y tratamiento personalizado de los copiosos síntomas que afectan al bienestar del paciente.
- Prestación de apoyo emocional y psicológico, además de implementar una comunicación empática y adaptada a las características del paciente, familia, cuidadores y el equipo terapéutico, favoreciendo una relación profesional-paciente compasiva.
- Adaptación del enfermo y su familia al contexto de la enfermedad mediante un asesoramiento profesional proporcionado por los equipos asistenciales de los diferentes ámbitos de la atención sanitaria.
- Cambios organizativos que favorezcan una adaptación al proceso evolutivo y dinámico de la enfermedad de la persona con necesidades paliativas.

Niveles de atención de los CP en Asturias

Los CP, los cuales son definidos como un derecho de la persona en la legislación actual del Principado de Asturias, pueden ser clasificados, mediante la proposición del IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos) como herramienta de diagnóstico de la complejidad paliativa, en tres niveles de atención o intervención: CP básicos, avanzados y complejos. Estos niveles de atención, basados en el grado de complejidad, son obtenidos tras la

evaluación de las necesidades en el contexto físico y psicosocial del enfermo, entorno cuidador y equipo asistencial, siendo necesaria una reevaluación episódica que facilite una planificación flexible y adaptada a cada etapa del proceso de enfermedad ⁽³¹⁾.

Los CP básicos o primarios son aquellos destinados a personas que, a pesar de presentar necesidades paliativas, se encuentran en un buen estado general y sin previsión de un fallecimiento a corto plazo. Este tipo de cuidados deben poder ser prestados en cualquier nivel asistencial del sistema sanitario, formando parte de los conocimientos, competencias y habilidades básicas de todos los profesionales enfermeros generalistas. Son prestados mayoritariamente por los Equipos de Atención Primaria (EAP), Servicios de Atención Continuada (SAC) y Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), pudiendo ser atendidos tanto en el ámbito domiciliario como en el centro de salud, con carácter urgente u ordinario. Además, la prestación de esta atención puede ser facilitada también por los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario (servicios de urgencias hospitalarias, unidad de hospitalización convencional o consulta externa hospitalaria), implementando estos CP a los pacientes que permanecen hospitalizados por cualquier causa y realizan un seguimiento en consultas externas ⁽³¹⁾.

Los CP avanzados o secundarios son adecuados para las personas cuyas necesidades de atención paliativa sean superiores al nivel primario de cuidados básicos. Esta atención es prestada por los EAP, quienes trabajan de manera colaborativa y coordinada con los Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos (EACP) y con los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), los cuales presentan un carácter multidisciplinar formado por profesionales de medicina y enfermería, contando, además, con el apoyo de otras categorías. Estos equipos (ESAD y EACP) presentan unas competencias y habilidades avanzadas en materia de CP y deben favorecer una atención coordinada con Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AH) y con las unidades de hospitalización destinadas a la atención paliativa. Actualmente, el Servicio de Salud del Principado

de Asturias (SESPA) dispone, en las diferentes áreas sanitarias, de un total de 14 equipos de apoyo en CP (EACP y ESAD), los cuales están formados multidisciplinariamente por profesionales de enfermería, medicina, trabajo social, psicología, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y personal administrativo. Los CP avanzados son prestados en el domicilio de la persona por los equipos específicos responsables ⁽³¹⁾.

Los CP complejos o terciarios están destinados a aquellas personas con necesidades paliativas que presenten un mal estado general, además de precisar una atención paliativa hospitalaria que permita lograr un manejo de su sintomatología. Este tipo de prestación asistencial es competencia principal de los profesionales de las unidades de hospitalización que prestan atención a pacientes en CP y con alto grado de complejidad de la enfermedad. Estas unidades están conformadas por profesionales de enfermería y medicina, que trabajan de manera colaborativa y coordinada con otros profesionales de AP, AH y los equipos de apoyo en CP (EACP y ESAD) y requieren de una formación y educación avanzada en CP ⁽³¹⁾.

TABLA 2. NIVELES DE INTERVENCIÓN EN CP EN ASTURIAS ⁽³¹⁾

Nivel de complejidad de CP	Equipos proveedores	Lugar de intervención
Básico	Equipos de Atención Primaria, Servicios de Atención Continuada, Servicios de Urgencias de Atención Primaria	Centro de salud Domicilio
	Equipos de Servicios de Atención Hospitalaria	Servicio de Urgencias Hospitalarias Unidad de Hospitalización Convencional Consulta externa hospitalaria
Avanzado	Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos (EACP) y Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)	Domicilio
Complejo	Unidades Hospitalarias que prestan CP	Hospital
	Unidad Multiprofesional de CP Pediátricos (UMCPP)	Hospital

2.6. Nivel formativo sobre Cuidados Paliativos de las enfermeras de UCI

Las enfermeras son, dentro del equipo multidisciplinar del cuidado crítico, las profesionales que mejor posicionadas están para implementar un espacio adecuado que favorezca la introducción de unos CP individualizados. Sin embargo, la bibliografía actual describe una serie de dificultades y barreras para la prestación de estos, siendo destacada la falta de una formación adecuada en el ámbito paliativo ^(1,3).

En una UCI, donde el número de fallecimientos es elevado, se precisa de las competencias y conocimientos de profesionales de enfermería altamente cualificados en la prestación de los cuidados paliativos necesarios. Aún existe una carencia en formación que permita prestar una atención paliativa a pacientes y sus familias durante el proceso de final de vida, impidiendo una actuación crítica por parte de las enfermeras y aumentando el riesgo de aparición del “síndrome de burnout” en ellas ^(3,33). Debido a lo anterior, se considera sustancial la adquisición de conocimientos y habilidades paliativas desde los estudios de grado, sucedido de una formación organizada postgrado que favorezca y facilite la agregación de los CP en las unidades de críticos ⁽³⁾.

En el momento actual, el ámbito laboral y asistencial nacional está formado por profesionales de enfermería procedentes de tres planes de estudio: ayudante técnico sanitario (ATS), diplomado universitario en enfermería (DUE) y graduado en enfermería. La integración de una formación universitaria en CP se ha ido implementando progresivamente, estando fundamentalmente ausente durando los primeros programas de estudio, y siendo introducidos como “optativos” en las diplomaturas y mayoritariamente “obligatorios” en el grado universitario. Debido a la prevalencia actual de enfermeras formadas durante los primeros planes de estudio, la formación predominante ha sido adquirida mediante la experiencia y participación directa en el cuidado de estos pacientes. Esto hace que, en el modelo asistencial nacional actual, exista una heterogeneidad formativa que puede verse reflejada de manera negativa en la prestación de una atención paliativa.

La Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) ^(14,33) ha enunciado tres niveles de conocimientos en cuidados paliativos: básico (pregrado), intermedio (formación continuada) y avanzado (especialización y postgrado), coincidiendo en gran medida con la definición de la *European Association for Palliative Care* (EAPC). El Grado Universitario de Enfermería presenta una señalada diferencia formativa impartida en las distintas comunidades autónomas. Un estudio llevado a cabo por profesionales de enfermería durante el año 2011 constata que, tras la revisión de 112 planes de estudio de las universidades nacionales, todas ellas imparten formación en CP. Sin embargo, 71 de ellas (63,39%) presentan los CP como una asignatura propia, siendo solo en 55 (49,1%) de ellas considerada como “obligatoria” y en 16 como “optativa”, como es el caso de la Universidad de Oviedo. En 41 universidades (36,6%) se carece de una asignatura propia, siendo los CP impartidos como un módulo dentro de otra materia ⁽³⁴⁾.

Es conocida una priorización de los cuidados orientados a respaldar técnica y tecnológicamente las funciones vitales sobre la atención paliativa del paciente moribundo. En consecuencia, la evaluación nacional de los conocimientos y actitudes de las enfermeras de UCI hacia los CP, mediante la aplicación del *Palliative Care Quiz For Nursing* (PCQN) y la escala *Frommel Attitude Care of the Dying* (FATCOD), es muy escasa. Un estudio nacional llevado a cabo en 2022 validó unos resultados similares a los definidos en la bibliografía internacional ⁽¹⁾. Los resultados obtenidos demuestran la presencia de un nivel de formación bajo o básico en CP y la presencia de actitudes desfavorables hacia los mismos. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en estudios similares desarrollados en enfermeros de todos los ámbitos hospitalarios en los países de Jordania, Irán, Grecia, Nepal y Etiopía. Dentro de estos mismos estudios, mediante la aplicación de las distintas subescalas del PCQN, se ha podido establecer que la dimensión del “manejo del dolor y otros síntomas” obtuvo las puntuaciones más elevadas y las respuestas más precisas. Sin embargo, el factor psicológico y espiritual obtuvo un menor número de respuestas correctas ⁽³⁵⁾. Los resultados anteriores coinciden con los estudios llevados a cabo, durante los años 2019 y 2021, en el Área VII

de la Región de Murcia y el Hospital Universitario de Móstoles, respectivamente^(33,36). Ambos estudios han permitido valorar, mediante la aplicación de la validación al español del PCQN, el nivel de conocimientos que presentaban los enfermeros de los distintos niveles de atención sanitaria, tanto primaria como especializada, además de los diversos servicios hospitalarios disponibles. El estudio llevado a cabo por Jiménez Cortés y Ramos Sánchez⁽³⁶⁾ ha contado con la participación de 325 enfermeros que desarrollan su ejercicio profesional en las diferentes unidades hospitalarias del Hospital Universitario de Móstoles. El 71% de estos no ha tenido ningún tipo de experiencia laboral en CP, pero el 47,7% sí habría recibido algún tipo de formación paliativa a lo largo de su etapa profesional. En consecuencia, las puntuaciones obtenidas han demostrado un bajo nivel de conocimientos en CP en la muestra del estudio, siendo solo el 26,32 % de esta los que han obtenido una puntuación óptima. Cabe destacar que el 100% de estos profesionales refieren haber tenido que atender a pacientes con necesidades paliativas o en el proceso final de vida en algún momento de su etapa laboral. Esta situación coincide con la obtenida en el estudio llevado a cabo por Hiciano Guillermo, Jover Aguilar y Martínez-Alarcón⁽³³⁾ en el cual han participado un total de 278 enfermeros de los distintos niveles asistenciales del Área VII de la Región de Murcia. Tras la aplicación y valoración de los resultados del PCQN, el 65,7% de los participantes obtuvo un nivel de conocimientos bajo, teniendo el 34,3% un nivel intermedio de conocimientos en CP. La dimensión evaluada que ha obtenido un mayor número de respuestas correctas ha sido “filosofía y principios”, seguida de la subescala “control del dolor y otros síntomas” y, nuevamente, la dimensión “aspectos psicosociales” ocuparía el último lugar en el nivel de conocimientos de los enfermeros. Finalmente, y de acuerdo con los resultados obtenidos en los estudios anteriormente citados, las respuestas concluyen que los enfermeros de esta área tienen un nivel bajo de conocimientos en atención paliativa.

Se concluye que el conocimiento sobre CP difiere de manera característica en función del nivel de formación, el tipo de unidad asistencial en la que se prestan y los años de experiencia laboral del

profesional de enfermería, al igual que las actitudes enfermeras hacia el final de la vida. Los aspectos psicosociales de los CP han obtenido los peores resultados en la evaluación de la formación enfermera. Sin embargo, y en concordancia con la literatura internacional, la subescala del cuestionario correspondiente al ámbito de la filosofía y los principios de los CP es la que mayor aprobación presenta. Esto es debido a que, a pesar de la tecnificación del cuidado, la atención holística del paciente y su familia está presente en estas unidades ^(1,35).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes hacia los cuidados paliativos de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)?

3.2. Hipótesis

- Hipótesis nula (H0): Los profesionales de enfermería de la mayoría de los ámbitos hospitalarios presentan competencias básicas y actitudes que favorecen la prestación de cuidados paliativos.
- Hipótesis alternativa (H1): Los enfermeros de la UCI del HUCA mostrarán conocimientos y actitudes insuficientes en el ámbito de la atención paliativa.

3.3. Objetivos

Objetivo general (principal):

- Determinar el grado de conocimientos y presencia de actitudes de los profesionales de enfermería que trabajan en la UCI del HUCA.

Objetivos específicos (secundarios):

- Conocer la asociación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia los CP con los factores sociodemográficos y laborales de los enfermeros de la UCI del HUCA.
- Clasificar las áreas del conocimiento y competencias en atención paliativa en las cuales los profesionales de enfermería de la UCI del HUCA enfrentan mayores dificultades o carencias formativas para el desarrollo de la práctica clínica paliativa.

- Identificar los obstáculos que los profesionales de enfermería de la UCI del HUCA afrontan al proporcionar una atención paliativa.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio de tipo descriptivo observacional transversal.

4.2. Lugar y tiempo de estudio

Este estudio se desarrollará en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias, comprendiendo el periodo desde el mes de mayo hasta septiembre de 2024, ambos inclusive.

4.3. Población de estudio

4.3.1. Población diana

La población diana de este estudio son las enfermeras laboralmente activas que ejerzan su actividad asistencial en alguna de las seis Unidades de Cuidados Intensivos (UCI cardiaca y UCI polivalente) del Hospital Universitario Central de Asturias.

4.3.2. Población elegible o de estudio

Criterios de inclusión:

- Ser enfermera diplomada o graduado.
- Participar voluntariamente en el estudio.
- Trabajar en alguna de las seis UCIs del HUCA durante el periodo de la realización del estudio.
- Tener experiencia profesional previa en cuidados intensivos de, al menos, un año.
- Completar la hoja de recogida de datos sociodemográficos y los cuestionarios.

Criterios de exclusión:

- No aceptar a participar en el estudio o no haber recibido el cuestionario.

- Trabajar en las UCIs del HUCA de manera puntual, sin formar parte de la plantilla habitual del servicio.
- Contestar de forma incorrecta o incompleta las hojas de datos sociodemográficos y los cuestionarios.

4.4. Variables de estudio

Las **variables independientes** son aquellas que recogerán las variables sociodemográficas, de formación y laborales que se enuncian a continuación:

Variables sociodemográficas:

- Edad (en años): variable cuantitativa discreta.
- Sexo (masculino/femenino): variable cualitativa dicotómica.
- Estado civil (soltero/casado/divorciado/viudo): variable cualitativa nominal.
- Hijos/as: variable cuantitativa discreta.
- Tener familiares que han estado o están en UCI (si/no): variable cualitativa dicotómica.

Variables relacionadas con el trabajo:

- Experiencia laboral (en años). Variable cuantitativa continua, expresada en años.
- Antigüedad en el servicio (en años). Variable cuantitativa continua, expresada en años.
- Experiencia laboral previa en cuidados paliativos (si/no). Variable cualitativa dicotómica.
- Contacto con pacientes terminales (si/no). Variable cualitativa dicotómica que permite determinar si en el ámbito laboral de las enfermeras participantes es frecuente la presencia y el cuidado de pacientes en el proceso final de su vida.

Variables relacionadas con la formación recibida:

- Universidad en la que han cursado los estudios. Variable cualitativa nominal.

- Plan de estudios (diplomatura/grado en enfermería). Variable cualitativa nominal.
- Tipo de formación recibida en cuidados paliativos (ninguna formación/formación básica/formación avanzada). Variable cualitativa nominal, categorizada en “ninguna formación”, “formación básica” o “formación avanzada”, que nos permitirá saber si la información previa en el ámbito paliativo guarda relación con el nivel de conocimientos actual de las enfermeras participantes.

Las **variables dependientes** son:

- Nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería relacionados con los conceptos básicos de los cuidados paliativos. Variable cualitativa ordinal medida mediante la aplicación del cuestionario *Palliative Care Quiz For Nursing (PCQN)* validado al castellano.
- Actitudes de los profesionales de enfermería relacionadas con la prestación de una atención paliativa. Variable cuantitativa ordinal cuyos resultados numéricos se categorizarán tras la aplicación de la *Escala Frommel Attitude Care of the Dying (FATCOD)* validada al castellano.

4.5. Instrumentos

Para determinar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia los cuidados paliativos de las enfermeras de las UCIs del HUCA se utilizarán una serie de herramientas y documentos que permitan una recogida de datos sociodemográficos de los participantes y aspectos relevantes dentro del ámbito de la atención paliativa. Inicialmente, los participantes del estudio deberán cumplimentar una hoja de registro en la que se cuestionarán aspectos sociodemográficos (*anexo 1*) permitiendo recoger y considerar variables independientes que serán relevantes para la determinación de la existencia de una relación entre los distintos objetos del estudio.

Palliative Care Quiz for Nursing - La primera herramienta que se utilizará para la realización de este estudio es la escala *Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN)* validada al castellano (*anexo 2*). La

creación de la escala PCQN en 1996 dio respuesta a la necesidad de establecer programas educativos enfocados en los conocimientos sobre los CP y su aplicación en la práctica clínica. Se determinó la necesidad de contar con un instrumento que permitiera evaluar el grado de conocimientos de las enfermeras en el ámbito paliativo, posibilitando conocer, consecuentemente, las necesidades y los conceptos erróneos existentes sobre los CP. Por esto, la escala PCQN se estableció como un instrumento útil en este contexto, siendo definida como una herramienta eficaz para evaluar el nivel de conocimientos en CP de las enfermeras desde su origen en 1996 ⁽³⁷⁾. Este cuestionario ha sido ampliamente empleado internacionalmente. Además, la escala ha sido validada al castellano en el 2017, permitiendo su empleo y validación en España y siendo elegida la herramienta óptima para el desarrollo de este estudio ⁽³⁸⁾. Consiste en un cuestionario formado por 20 ítems, los cuales constan cada uno de ellos de 3 modalidades de respuesta (verdadero/falso/no lo sé). Estos ítems abordan tres dimensiones o categorías paliativas de manera breve y con sencillez lingüística:

- Filosofía y principios de los cuidados paliativos (4 ítems): ítems 1, 9, 12 y 17.
- Tratamiento del dolor y otros síntomas (13 ítems): ítems 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 20.
- Atención psicosocial y espiritual (3 ítems): ítems 5, 11, 19.

Las respuestas obtenidas por los participantes se puntuaron con 1 punto si esta fuese la opción correcta o con 0 puntos en el caso de que la respuesta marcada haya sido la incorrecta o la opción “no lo sé”. El intervalo de puntuación oscila entre 0 puntos y una puntuación máxima de 20 puntos, clasificándose de la siguiente manera el nivel de conocimientos de las enfermeras en CP:

- Nivel de conocimientos bajo: obtener un porcentaje de aciertos inferior al 60% (0-11 aciertos).
- Nivel de conocimientos intermedio: obtener un porcentaje de aciertos entre el 60-80% (entre 12 y 16 aciertos).

- Nivel de conocimientos alto: obtener un porcentaje de aciertos superior al 80% (entre 17 y 20 aciertos).

Frommelt Attitudes Toward Care Of Dying - El segundo instrumento que se empleará y que permitirá evaluar las actitudes de las enfermeras hacia los CP es la *Escala Frommelt Attitudes Toward Care Of Dying* (FATCOD) validada al castellano (*anexo 3*). Dicha escala ha sido creada por Katherine H. Murray Frommelt en 1991 ⁽³⁹⁾, en Estados Unidos, como respuesta ante la necesidad de evaluar las actitudes de las enfermeras hacia el cuidado de las personas en situación de final de vida y sus respectivas familias. Este instrumento ha sido internacionalmente utilizado y validado a diversos idiomas. La validación al castellano y su posterior uso en España ha sido posible gracias a Edo Gual et al. ⁽⁴⁰⁾, quienes en 2017 permitieron llevar a cabo la traducción y adecuación al español. La escala cuenta con un total de 30 ítems puntuados mediante una escala Likert de 5 puntos, donde 1 significa “totalmente en desacuerdo”, 3 puntos “neutral” y 5 “totalmente de acuerdo”. El intervalo de puntuación va desde los 30 puntos hasta los 150, donde puntuaciones más altas indicarán actitudes enfermeras más positivas. Para la realización de este estudio se seguirá el modelo propuesto por Edo Gual, el cual elimina el ítem “a veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo” y agrupa el resto de los ítems en dos grupos o factores:

- Factor I, el cual se encuentra relacionado con la percepción de las actitudes positivas de los enfermeros ante el cuidado del paciente moribundo (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 26, 29 y 30).
- Factor II, el cual describe la percepción de los enfermeros hacia los cuidados centrados en el paciente en proceso de final de vida y su familia (ítems 4, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 y 28).

4.6. Procedimiento de recogida de datos

Tras la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias y la autorización de la Gerencia del Área IV y la Dirección de Enfermería de este, se procederá al establecimiento de una reunión con la supervisión de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos del HUCA. En dicha reunión se expondrá el proyecto y sus objetivos y, si se autoriza la realización de este, se procederá a la obtención de los correos corporativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) de todos los enfermeros que conforman la plantilla habitual de trabajo en esas unidades de atención crítica. Se repartirán dípticos informativos por los distintos controles de enfermería de las unidades en los que se explicarán los motivos y objetivos del estudio, su contenido y las fechas de inicio y finalización de este.

El correo corporativo servirá de herramienta a través de la cual se enviarán los distintos documentos que se requieren cumplimentar por la población participante del estudio: los candidatos a formar parte de este proyecto serán informados a través de una hoja informativa (*anexo 4*) en la que se redactará el objetivo y contenido de este proyecto y el tiempo estimado de cumplimentación, además de informar sobre el carácter confidencial del mismo. En él se indicará el correo corporativo del investigador para la consulta de las posibles dudas sobre el estudio y se recalcará la importancia de su participación en el mismo, para la elaboración de futuras estrategias de formación y práctica clínica. El segundo documento proporcionado será el consentimiento informado (*anexo 5*), en el cual, en el caso de la negativa inicial o retardada de la participación del estudio, podrá firmar la revocación de dicho consentimiento. Todos estos documentos serán enviados en formato PDF editable, los cuales permitirán cumplimentar los datos requeridos en los mismo por los participantes del estudio. En el mismo correo se proporcionará un enlace de acceso a un formulario de Google creado mediante “Google Forms” que permitirá recoger los datos sociodemográficos. De igual manera se cumplimentarán los dos cuestionarios (PCQN-s y FATCOD-

s), de forma autoadministrada. Los archivos PDF cumplimentados se subirán de vuelta al enlace que se encontrará dentro del formulario de “Google Forms” correspondiente a las variables sociodemográficas. Una vez recopilada toda la información contenida en los documentos y cuestionarios, desde los meses de mayo a julio, se procederá al análisis de los datos obtenidos mediante el programa informático “IBM SPSS 25”.

Para alcanzar una muestra representativa para la elaboración del presente estudio se enviará, cada semana, un recordatorio al correo corporativo de los participantes que insista en la importancia de la cumplimentación de los cuestionarios, con el fin de lograr un mayor porcentaje de participación que permita obtener unos resultados veraces.

4.7. Análisis de datos

La realización del análisis estadístico se llevará a cabo mediante el programa “*IBM SPSS Statistics*”, versión 25. Se efectuará un análisis descriptivo de cada una de las variables, aportando una distribución de porcentajes (%) y frecuencias absolutas (n) para aquellas variables cualitativas del estudio y empleando las medidas de tendencia central, tales como la media (X) y la mediana, así como la desviación estándar (DS) y el rango (R), en el caso de las variables cuantitativas. Posteriormente, debido a la existencia de variables adicionales que pueden influir en los conocimientos y actitudes de los participantes hacia los cuidados paliativos, se llevará a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. El coeficiente de correlación de Pearson o el coeficiente de correlación de Spearman se utilizarán para la determinación y estudio de la relación lineal entre las variables continuas del estudio, según si los resultados cumplen o no con la hipótesis de normalidad. Se aceptará un nivel de significación estadística cuando p sea $\leq 0,05$.

4.8. Aspectos éticos y legales

El presente proyecto contará con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Principado de Asturias, así como con la autorización de la Gerencia del Área IV, la Dirección de Enfermería y la

supervisión de enfermería de las unidades implicadas. El desarrollo de la investigación se guiará en base a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La obtención de un consentimiento informado firmado de todos los profesionales de enfermería participantes en el estudio garantizará la libertad de decisión de participación. Se recordará también la posibilidad de revocación de este en cualquier momento del estudio y que los datos obtenidos serán tratados de manera confidencial y con fines investigativos, mediante el cumplimiento de las leyes y regulaciones nacionales e internacionales, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, referente a la protección de las personas físicas durante el tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.

4.9. Limitaciones o sesgos

Durante la elaboración del estudio se pueden presentar diversas limitaciones o sesgos relacionados con errores de obtención de datos, elección de muestra, sistemáticos y aleatorios, frecuentes en la mayoría de los estudios descriptivos observacionales.

La principal limitación es la presencia de un sesgo de selección, debido a la probable variabilidad en la participación de los individuos o la negativa de estos a la cumplimentación de los cuestionarios. Es posible la existencia de menos de un 70% de participación y cumplimentación de la documentación. Para evitar dicho sesgo de selección se establecerán estrategias de recuerdo que consisten en el envío semanal al correo corporativo de avisos y recordatorios que favorezcan la participación en el estudio de personas que aún no lo hayan hecho. Por último, se debe tomar en consideración la reducida muestra de este estudio, al ser un proyecto llevado a cabo únicamente en un hospital del área sanitaria asturiana. Por esto último, los profesionales de enfermería

presentarán características sociodemográficas determinadas, impidiendo extrapolar este resultado al resto de la población nacional e internacional.

5. CRONOGRAMA

	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.
Elección tema TFM	■								
Búsqueda y revisión bibliográfica		■							
Elaboración metodología			■						
Solicitud y obtención de permisos			■	■					
Entrega del proyecto de investigación				■					
Presentación ante el tribunal					■				
Aplicación del instrumento					■	■	■		
Recogida y tratamiento estadístico de datos								■	
Redacción y difusión de los resultados									■

6. PRESUPUESTO

A continuación, se detalla un desglose de los costes estimados y recursos financieros necesarios para llevar a cabo las actividades que se contemplan en este plan de investigación, donde se incluyen gastos materiales, equipos, servicios externos y otros ítems pertinentes.

Gastos de personal	Salario y honorario de los investigadores principales y personal de apoyo administrativo.	0 €
Material bibliográfico	Bibliografía pertinente para la elaboración del proyecto extraída de las bases de datos del HUCA y fuentes bibliográficas primarias y secundarias en línea	0 €
Recursos materiales y equipos	Reprografía Papelería Llamadas telefónicas	250 € 50 € 100 €
Contratación de servicios externos	Analista de datos estadísticos	50 €
Costes de publicación y difusión de los resultados	Tarifas de publicación en revistas científicas y tarifas de inclusión y participación en conferencias sanitarias.	500 €
Contingencias (20%)	Imprevistos durante el curso de la investigación.	190 €
Total:		1140 €

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sesma-Mendaza A, Aranguren-Sesma M, Estraviz-Pardo F, Lizarazu-Armendáriz E, Goñi-Viguria R. Nurses' knowledge about palliative care in a critical care unit. *Enferm Intensiva*. 2022;33(4):197-205.
2. Silveira NR, Nascimento ERP do, Rosa LM da, Jung W, Martins SR, Fontes MDS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1074-81.
3. Piedrafita-Susín AB, Yoldi-Arzo E, Sánchez-Fernández M, Zuazua-Ros E, Vázquez-Calatayud M. Nurses' perception, experience and knowledge of palliative care in intensive care units. Vol. 26, *Enfermería Intensiva*. Ediciones Doyma, S.L.; 2015. p. 153-65.
4. Cilla Intxaurreaga A, Martínez Martín ML. "Nurse competency in the process of suitability of therapeutic effort in intensive care units". Vol. 25, *Medicina Paliativa*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2018. p. 195-202.
5. Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso final de vida. *Boletín Oficial del Estado*, número 181 (27 de julio de 2018).
6. Neukirchen M, Metaxa V, Schaefer MS. Palliative care in intensive care. *Intensive Care Med*. 2023;49(12):1538-40.
7. Downar J, Hua M, Wunsch H. Palliative Care in the Intensive Care Unit: Past, Present, and Future. Vol. 39, *Critical Care Clinics*. W.B. Saunders; 2023. p. 529-39.
8. Hernández-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ, Augusto-Torres C, Katherine-Marroquín I, Enciso-Olivera CO, Gómez-Duque M. Perspective of health personnel on end-of-life care in Intensive Care Units. *Enferm Intensiva*. 2020;31(4):170-83.
9. Ochoa Parra M. History and evolution of critical care medicine: From intensive care to intensive therapy and critical care. Vol. 17, *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. Elsevier Doyma; 2017. p. 258-68.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. 840-10-098-6. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCI.pdf>

11. De Oliveira Pegoraro MM, Paganini MC. Palliative care and limitation of life support in intensive care. *Revista Bioetica*. 2019;27(4):699-710.
12. Faria JMS, Pontífice-Sousa P, Gomes MJP. Comfort care of the patient in intensive care - an integrative review. *Enfermeria Global*. 2018;17(2):503-14.
13. Valdivia de la Fuente M, Martínez Sanz N. Entrenamiento de factores humanos en el manejo del paciente crítico [Internet]. Madrid: Grupo de Trabajo de Formación y Simulación Clínica de la SEMICYUC; 2022. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2022/11/GTFYSC-ENTRENAMIENTO-DE-FACTORES-HUMANOS-EN-EL-MANEJO-DEL-PC.pdf>
14. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. [Internet] Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/cuidadospaliativos.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cuidados paliativos. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
16. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2022 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf
17. Edwards JD, Voigt LP, Nelson JE. Ten key points about ICU palliative care. *Intensive Care Med*. 2017;43(1):83-5.
18. Estella, Velasco T, Saralegui I, Velasco Bueno JM, Rubio Sanchiz O, del Barrio M, et al. Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. *Med Intensiva*. 2019;43(2):61-2.
19. Girbau Campo MB, Monedero Rodríguez P, Centeno Cortés C. Integración de Los Principios de Cuidados Paliativos en Cuidados Intensivos [Integration of the Principles of Palliative Care In Intensive Care Medicine]. *Cuad Bioet*. 2016;27(90):175-84.
20. Lic Pulgar Fiallos MM. Cuidados Paliativos según calidad de vida de los pacientes críticos [Trabajo Fin de Máster]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2023.

21. Valoración de disparadores de consulta para optimizar la oportunidad de acceso a los cuidados paliativos en la UCI. *Revista Médica de Uruguay*. 2021;37(1).
22. Narváez Eraso CO, Moreno Montenegro NV. Current status and trends in the training process of critical care nurses. *Enfermería Global*. 2024;23(1):593-626.
23. Ardila Suárez EF, Arredondo Holguín E. Actividades de enfermería para la satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto: una revisión integrativa. *Revista CUIDARTE*. 2021;12(1):23.
24. Velasco-Sanz TR, Estella-García Á, del Barrio-Linares M, Velasco-Bueno JM, Saralegui-Reta I, Rubio-Sanchiz O, et al. The importance of an interprofessional palliative approach for the critical patient. *Enferm Intensiva*. 2019;30(1):1-3.
25. Herrera JLH, Pérez YJL, Mendoza SJS, López EO. Needs in relatives of critical patients of a IV level institution in Monteria, Colombia. *Enfermería Global*. 2021;20(1):295-304.
26. Arnau Moya F. La insuficiente regulación de los cuidados paliativos en España. *Revista Boliviana de Derecho*. 2022;(34):14-43.
27. Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida 122/000051. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, número 66-1 (16 de diciembre de 2016).
28. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, número 102 (29 de abril de 1986).
29. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, número 274 (15 de noviembre de 2002).
30. Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, número 154 (4 de julio de 2018).
31. Estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030 [Internet]. Principado de Asturias: Direcciones General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria y Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2023. Disponible en:

https://www.astursalud.es/documents/35439/632308/AAFF_INFORME-LEY_digital.pdf/62fc9e32-24a8-31f8-06b8-cd0507291157?t=1686639191043

32. INE [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2023 [citado febrero 2024] Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452>
33. Hiciano Guillermo AI, Jover Aguilar M, Martínez-Alarcón L. Nivel de conocimientos en cuidados paliativos de las enfermeras; un estudio descriptivo en el Área de Salud VII de la Región de Murcia. *Medicina Paliativa*. 2020;27(2): 79-87.
34. Valles Martínez P, García Salvador I. Basic training in palliative care: Current status in Spanish nursing schools. *Medicina Paliativa*. 2013;20(3):111-4.
35. Hamdan KM, Al-Bashaireh AM, Al-Dalahmeh M, Saifan AR, Albqoor MA, Shaheen AM. Palliative care knowledge and attitudes toward end-of-life care among intensive care unit nurses in Jordan. *Acute and Critical Care*. 2023;38(4):469-78.
36. Jiménez Cortés R, Ramos Sánchez A. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de Enfermería-valoración de App (herramienta de trabajo). 2022;5(18):35-63.
37. Ross MM, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs*. 1996;23(1):126-37.
38. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux YR. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish 45ersión of Palliative Care Quiz for Nurses. *PloS One*. 2017;12(5).
39. Frommelt KH. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Care*. 1991;8(5):37-43.
40. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A. Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *Omega (United States)*. 2018;78(2):120-42.

8. ANEXOS

ANEXO 1. Hoja de recogida de datos sociodemográficos

Responda a las siguientes cuestiones planteadas mediante una “X” en los ítems que así lo requieran o bien cumplimentando las líneas “_____” con las respuestas solicitadas.

1. Sexo

- Mujer
- Hombre

2. Edad: _____ años

3. Estado civil

- Soltero/a
- Casado/a o en pareja
- Divorciado/a
- Viudo/a

4. ¿Tiene hijos/as?

- Sí
- No

5. ¿Tiene usted o ha tenido familiares o seres queridos ingresados en una UCI?

- Sí
- No

6. Experiencia laboral: _____ años

7. Antigüedad en el servicio de UCI: _____ años

8. ¿Tiene usted experiencia laboral en cuidados paliativos?

- Sí
- No

9. En su actividad laboral ¿presta cuidado a personas que se encuentran en el proceso final de vida?

- Sí
- No

10. Plan de estudios cursado.

- Diplomatura en enfermería
- Grado en enfermería

11. ¿En qué universidad ha cursado sus estudios?

_____.

12. ¿Ha recibido usted algún tipo de formación académica en cuidados paliativos?

- Ninguna formación
- Formación básica
- Formación avanzada

ANEXO 2. Cuestionario PCQN versión en castellano (PCQN-S).

		Verdadero	Falso	No lo sé
1	Los cuidados paliativos son apropiados solo en situaciones en las que hay evidencia de empeoramiento o deterioro de la situación clínica.			
2	La morfina es el estándar utilizado para comparar el efecto analgésico de otros opioides.			
3	La extensión de la enfermedad determina el método de tratamiento del dolor.			
4	Las terapias adyuvantes son importantes en el manejo del dolor.			
5	Es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento.			
6	Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada al desequilibrio electrolítico puede disminuir la necesidad de sedación.			
7	La adicción es un gran problema cuando se usa morfina como tratamiento de base para el manejo del dolor a largo plazo.			
8	Los individuos que toman opioides deberían seguir medidas para mejorar la evacuación intestinal.			
9	Para proporcionar cuidados paliativos se necesita establecer un distanciamiento emocional.			
10	Durante las fases finales de una enfermedad, los fármacos que pueden causar depresión respiratoria son apropiados para tratar la disnea severa.			
11	Los hombres, generalmente, resuelven su duelo más rápido que las mujeres.			
12	La filosofía de los cuidados paliativos es compatible con tratamientos activos.			
13	El uso de placebos es apropiado en el tratamiento de algunos tipos de dolor.			
14	A dosis altas, la codeína causa más náuseas y vómitos que la morfina.			
15	Sufrimiento y dolor físico son sinónimos.			
16	La dolantina no es un analgésico efectivo en el control del dolor crónico.			
17	La acumulación de pérdidas hace que el burnout sea inevitable para aquellos que trabajan en cuidados paliativos.			
18	Las manifestaciones del dolor crónico son diferentes de las del dolor agudo.			
19	La pérdida de alguien con quien se tiene una relación distante o conflictiva es más fácil de resolver que la de alguien con quien se tiene una relación más cercana o íntima.			
20	El umbral del dolor se ve reducido por la ansiedad o la fatiga.			

ANEXO 3. Cuestionario FATCOD Scale versión en castellano (FATCOD-S).

1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Neutro, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo

1	Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa.	1	2	3	4	5
2	La muerte no es lo peor que le puede suceder a una persona.	1	2	3	4	5
3	Me resultaría incomodo hablar con una persona que se está muriendo de su propia muerte.	1	2	3	4	5
4	Los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo.	1	2	3	4	5
5	No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo.	1	2	3	4	5
6	La enfermera no es la persona adecuada para hablar de la muerte con una persona que se esté muriendo.	1	2	3	4	5
7	Me provoca frustración el tiempo que requiere proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se esté muriendo.	1	2	3	4	5
8	Me molestaría que una persona moribunda a la que estuviera cuidando perdiera la esperanza de mejorar.	1	2	3	4	5
9	Es difícil establecer una relación estrecha con la familia de una persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
10	A veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
11	Cuando un paciente pregunta a la enfermera, “¿me estoy muriendo?”, pienso que es mejor cambiar de tema.	1	2	3	4	5
12	La familia debería implicarse en los cuidados físicos de la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
13	La familia debería implicarse en los cuidados físicos de la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
14	Me da miedo establecer amistad con una persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
15	Cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo.	1	2	3	4	5
16	La familia necesita soporte emocional para aceptar los cambios en la conducta de la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
17	Cuando un paciente está cercano a la muerte, la enfermera debería dejar de implicarse en su cuidado.	1	2	3	4	5
18	La familia debe preocuparse de que el enfermo viva lo mejor posible lo que le queda de vida.	1	2	3	4	5
19	La persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos.	1	2	3	4	5
20	La familia debería mantener un entorno tan normal como sea posible por el bien del enfermo.	1	2	3	4	5

21	Es bueno que la persona que se está muriendo verbalice sus sentimientos.	1	2	3	4	5
22	Los cuidados de enfermería deben hacerse extensivos a la familia de la persona que se está muriendo.	1	2	3	4	5
23	Las enfermeras deben permitir un horario flexible de visitas para las personas que se están muriendo.	1	2	3	4	5
24	La persona que se está muriendo y su familia deberían ser los responsables de la toma de decisiones.	1	2	3	4	5
25	La adicción a los analgésicos no debería ser una preocupación para las enfermeras de un paciente moribundo.	1	2	3	4	5
26	Me sentiría incomodo/a si al entrar en la habitación de un paciente con una enfermedad terminal, me lo encontrase llorando.	1	2	3	4	5
27	Las personas moribundas deberían recibir respuestas honestas sobre su estado.	1	2	3	4	5
28	Educar a las familias sobre la muerte y el proceso de morir no es una responsabilidad de enfermería.	1	2	3	4	5
29	Los familiares que permanecen junto al paciente moribundo a menudo interfieren en el trabajo del profesional con el paciente.	1	2	3	4	5
30	Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte.	1	2	3	4	5

ANEXO 4. Hoja informativa para los participantes.



HOJA INFORMATIVA

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias.

Antes de que Ud. decida si desea participar en este estudio, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación y cómo se va a utilizar su información. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y pregunte todo aquello que no comprenda o tenga especial interés para usted.

Participación voluntaria:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y revocar el consentimiento en cualquier momento.

Objetivo del estudio:

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de conocimientos y actitudes hacia los cuidados paliativos de los profesionales de enfermería que ejercen su labor asistencial en las distintas Unidades de Cuidados Intensivos, tanto la unidad cardiaca como la unidad polivalente, del Hospital Universitario Central de Asturias, con el fin promover la implementación de mejoras en la formación que faciliten el cuidado del paciente en proceso de final de su vida.

¿En qué consiste mi participación?

En primer lugar, usted habrá contestado a unas preguntas relacionadas con factores sociodemográficos y formativos relevantes para el desarrollo de la investigación. Posteriormente, usted habrá cumplimentado los distintos cuestionarios seleccionados que permitirán conocer y cuantificar los resultados del estudio de investigación llevado a cabo.

Participación voluntaria y retirada del estudio.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Confidencialidad y protección de datos:

Todos los datos que se obtengan de su participación en el estudio serán almacenados con un código y en un lugar seguro, de acceso restringido. En todo el proceso se respetará con el máximo rigor todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

Contacto en caso de dudas.

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con Diandra Fernández González, mediante el siguiente correo electrónico:

uo2*9**5@uniovi.es.

ANEXO 5. Consentimiento Informado para los participantes.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

D./Dña., con DNI/NIE.....,
en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He tenido tiempo suficiente para considerar de manera adecuada mi participación en el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin alegar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

.....

Firma del participante

Fecha: ___/___/___

.....

Firma del investigador

Fecha: ___/___/___



FORMULACIÓN DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don/Dña con DNI....., por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este estudio de investigación por las siguientes razones:

.....
.....

o en representación de Don/Doña

.....

Firma del participante

Fecha: ___/___/___

.....

Firma del investigador

Fecha: ___/___/___